

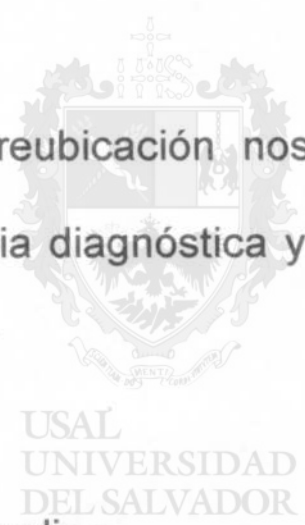
TESIS
1118

CONSULTA EN SALA

**Trabajo para optar al Grado Académico
de Doctor en Medicina**

**Universidad del Salvador - Facultad de
Medicina -**

Tema: "Propuesta de reubicación nosográfica de la
catatonía. Su importancia diagnóstica y terapéutica en
la Medicina Interna"



Autor: Gerardo Hugo Fasolino

Padrino de Tesis: Prof. Dr. Elías Abdala

Miembros de la Comisión de Tesis: Dr. José Yaryura

Tobías, Dr. Eduardo Habib, Dr. Luis Schapira.

- Septiembre de 1999 -

A mi amada familia:

Mi esposa, Marcela, mi hija, Antonella y el bebe que todos estamos esperando



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

ÍNDICE

I. Introducción	página 2
II. Evolución histórica del término catatonía	página 6
III. Signos y síntomas de la catatonía	página 28
IV. Clasificación y cuadros clínicos	página 39
V. Factores causales de catatonía	página 48
VI. Diagnóstico diferencial	página 53
VII. Terapéutica	página 64
VIII. Discusión	página 75
IX. Casos clínicos	página 105
X. Conclusiones	página 159
XI. Bibliografía	página 167



I. INTRODUCCIÓN

La Medicina es una ciencia y un arte sustentada por la observación y los conocimientos. Mientras la observación, en su esencia, atañe a la Medicina como arte y se completa en la relación médico-paciente, los conocimientos facultan al médico para realizar un diagnóstico correcto, a través de un estudio metódico y actualizado.

Una de las disciplinas que constituyen el fundamento de la Psiquiatría es la nosología, que se encarga de identificar (diagnosticar) y de clasificar los trastornos mentales.

Se entiende por síndrome al conjunto de signos, síntomas y modificaciones morfológicas, funcionales o bioquímicas que sufre el organismo, que parecen tener un cierto parentesco pese a su origen diverso e indeterminado; en cambio, una enfermedad es el conjunto de signos y síntomas que tienen la misma evolución y reconocen una causa común y específica.

En el presente trabajo se intentará demostrar que la catatonía no es una enfermedad ni un subtipo de otra, sino que se trataría de un síndrome psicomotor, cuyos signos y síntomas estarían dados por una

reacción cerebral como respuesta a múltiples causas: metabólicas (cetoacidosis diabética, hipercalcemia, porfiria intermitente aguda, etc.), tóxicas (anfetaminas, monóxido de carbono, neurolépticos, etc.), neurológicas (accidentes cerebrovasculares, atrofia del lóbulo frontal, epilepsia, etc.), infecciosas (encefalitis, SIDA, sífilis, etc.), inmunológicas (lupus eritematoso diseminado) y psiquiátricas (demencia, depresión, esquizofrenia, histeria, etc.).

La diversidad de factores causales, ya sea de tipo exógeno o endógeno, hacen suponer que la catatonía no pertenece exclusivamente al círculo esquizofrénico ni a los trastornos del humor como aún la vinculan la psiquiatría americana y europea, ya que es posible que se trate de un síndrome secundario (accesorio), satélite del síndrome primario (esquizofrénico o distímico). Es decir, que el síndrome catatónico sería un fenómeno accesorio e inespecífico de igual modo que otras manifestaciones satélites (como ser reacciones delirantes, alucinatorias, impulsivas, maníacas, melancólicas, etc.) que pueden aparecer en pacientes que sufren o no de trastornos afectivos o esquizofrenia. De este modo, éstas dos entidades serían sólo enfermedades cerebrales que pueden desencadenar ataques catatónicos.

Es por tal motivo que su ubicación dentro de las categorías diagnósticas del DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los tras-

tornos mentales) y de la CIE-10 (Clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), como subtipo de enfermedad, puede plantear dificultades. Entre ellas, el psiquiatra se apartaría, al menos en una primera instancia, del diagnóstico sindromológico y de éste modo puede olvidar que la catatonía tiene un origen multifactorial. Si bien, las características semiológicas del síndrome catatónico son siempre las mismas tanto en aquel de causa endógena como exógena, y su diagnóstico se basa exclusivamente en la clínica, es necesario reconocer la etiología, a través de una completa anamnesis, un prolijo examen físico y neurológico y los estudios complementarios (análisis de laboratorio, tomografía axial computarizada de cerebro, electroencefalograma y punción lumbar), para instrumentar un tratamiento adecuado.

La catatonía es, sin dudas, un cuadro que permanentemente cabalga entre la psiquiatría y la neurología. Esto no sólo se debería a las polémicas disensiones con respecto a su etiopatogenia, sino también al polimorfismo de su composición clínica y, sobre todo, al escaso conocimiento que generalmente se tiene de los trabajos clásicos.

De la lectura del célebre trabajo que Karl Ludwig Kahlbaum pusiera en circulación en 1874, de las ideas de Ernst Kretschmer sobre los mecanismos volitivos del histérico y de la beneficiosa respuesta te-

rapéutica a determinados psicofármacos (amobarbital sódico, carbamacepina, diazepam, lorazepam), parece necesario revalorar las relaciones existentes entre éste síndrome psicomotor y los síntomas epilépticos e histéricos.

Por las manifestaciones en la esfera somática (hematomas disseminados, adelgazamiento endógeno, hiper o hipotermia, hiper o hipotensión arterial, taquicardia, taquipnea, oliguria, etc.), las configuraciones neurológicas que integran transitoriamente un ataque catatónico (espasmos, estupor, temblores, etc.) y sus posibilidades de desarrollar formas letales, la catatonía debería ser incluida como tema de estudio en la Medicina Interna, aún cuando actualmente es poco frecuente observar este síndrome.

Demostrar que la catatonía no es una enfermedad ni un subtipo de otra, sino por lo contrario un síndrome psicomotor, podría facilitar el arribo a deducciones etiológicas, terapéuticas y pronósticas, así como también, motivar el desarrollo de nuevas investigaciones con el aporte de la epidemiología, la clínica, la neurobiología, la genética, la psicofarmacología y los ensayos terapéuticos.

II. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TÉRMINO

CATATONÍA

La catatonía ha sido interpretada de diferentes maneras a lo largo de la historia de la Ciencia Médica. Si bien, quien introduce el término catatonía es Karl Ludwig Kahlbaum, el origen del concepto ya estaba en los griegos a través de la denominación de catalepsia.

Tan pronto como en el año 460 a.C., la catatonía fue vagamente entrevista por **Hipócrates de Cos**. Los médicos hipocráticos describieron un cuadro delirante, cuya evolución era mortal en unos tres a siete días, y lo llamaron "*frenesí agudo*".(103) Este cuadro podría corresponder a lo que hoy se conoce como catatonía letal de Stauder, que se caracteriza por su comienzo brusco con hipertermia e hiperkinesia y un decurso tormentoso que llega a la acinesia y a la muerte en sólo unos pocos días.

Cuando en el año 100 a.C., el médico griego, **Asclepiades de Bitinia** llegó a Roma no fue bien recibido y no se le permitió ejercer la Medicina, ya que por ese entonces se rechazaba todo lo griego. Ocurre, pues, un acontecimiento notable: Asclepiades hace detener un

cortejo fúnebre que pasaba por las calles de Roma. Luego de observar al difunto asegura que ese hombre no estaba muerto, y ante el asombro de todos, así era. Posiblemente se trataba de un enfermo catatónico acinético e hipotérmico. Tal fue el prestigio ganado por Asclepiades y sus discípulos que, en el año 46 a.C., Julio Cesar les otorga carta de ciudadanía a todos los médicos griegos y, de este modo, pudieron ejercer libremente su profesión. Es notable el poder de observación de los griegos en ese entonces, pues han pasado mas de 2000 años y el diagnóstico de catatonía se continua haciendo por la simple observación.(103)

En el año 131 d.C., **Galeno de Pérgamo** ya había dado su primera observación, pero quien emplea el termino "*catalepsia*" es **Caelius Aurelianus** en el año 230 d.C., que traducido del griego significa: acción de tomar, ocupar, apoderarse, adueñarse, capturar, tomar alcance, sobrecogimiento, pasmo, caer enfermo, sobrevenir, sorprender, etc. Equivaldría al sobrecogimiento que se apodera de los pacientes en el momento de su crisis e inmovilidad con estupor.(103)

Es a la brillante escuela francesa del siglo XIX a quien debemos las descripciones semiológicas más detalladas de este cuadro, que por ese entonces se lo incluía dentro de los estados de confusión mental.

A fin de una mejor comprensión de la evolución del concepto de catatonía, debemos mencionar que **Philippe Pinel**, en el año 1801, hablaba de "*idiotismo*" y se refería no solo a una alteración incurable, sino también a una perturbación accidental o curable, que aparece bruscamente, consecuencia de intensas emociones y que puede rematar en un prolongado estado de manía antes de alcanzar el restablecimiento.(52)

Es de hacer notar que, la nosografía de Pinel admitía, solamente, cuatro categorías de alienación mental a saber: la manía, la melancolía, la idiocia y la demencia.(9) Pero confundió en estas dos últimas formas estados muy diversos, desde la idiocia y el cretinismo hasta la demencia y el estupor melancólico.(103)

Jean Etienne Dominique Esquirol, discípulo dilecto de Pinel, en 1814, introduce el término de "*idiotez*" para designar la ausencia congénita de las facultades, enviando hacia la demencia algunos casos que Pinel incorporaba en el idiotismo.(52) A las cuatro formas de locura distinguidas por su predecesor, Esquirol agrega una quinta categoría de enfermedad: las monomanías.(9) Además para el "idiotismo accidental" admitido por Pinel, creo una denominación especial y probablemente poco afortunada: "*demencia aguda*".(52)

En el año 1820, **Etienne Jean Georget**, discípulo de Esquirol, separa algunos casos de demencia en jóvenes para incluirlos en los cuadros de estupor y hace la diferencia entre la abolición incurable de las facultades y la mera depresión o supresión de las facultades. Además propone la palabra "*estupidez*" para reemplazar a la esquiroliana demencia aguda.(52)

Para Georget, la estupidez consiste en "una ausencia accidental de las manifestaciones del pensamiento, ya sea porque el enfermo no tiene ideas, o porque no puede expresarlas".(9)

En este floreciente estado del saber psiquiátrico, surgió el pensamiento de **Jules Gabriel François Baillarger**, quien describió la "Folie à double forme" y la "mélancolie avec stupeur". Este investigador reaccionó en 1843 contra la tendencia de Georget, señalando que los alienados designados bajo el nombre de estúpidos no tenían, en su mayoría, más que la apariencia de la estupidez, que hay en ellos un delirio interior, del cual pueden dar cuenta después de su curación, y que se caracteriza por ideas tristes con trastornos de sensaciones e ilusiones. Según él, la estupidez no sería más que un alto grado de melancolía y propone el término "*melancolía con estupor*".(9) A continuación se transcribe una de sus observaciones: "...el paciente esta acostado sobre su espalda en un estado de completa inmovilidad, no

responde a ninguna pregunta, su fisonomía ha perdido toda expresión, sus ojos están fijos, la boca entreabierta, las moscas se posan sobre su cara, y no hace ningún movimiento para sacárselas. Se le puede pinchar el brazo, no intenta retirarlo y no se le modifica el rostro, no expresando dolor, la piel no está caliente, el pulso late a 68 por minuto, la orina y la materia fecal son eliminados involuntariamente... se pasa el día en una inmovilidad completa... a los veinte días se produce en la paciente un cambio notable, sale del mutismo y de la inmovilidad...".(103)

Baillarger adjudica a la melancolía, todos los casos de estupor, por lo que se deja de describir, al menos en los trabajos franceses, la estupidez.(65) Mientras que para este autor, la melancolía con estupor, comprendía todos los cuadros de melancolía con inmovilidad completa y mutismo absoluto, para otros autores, y sobre todo para aquellos no pertenecientes a las escuelas psiquiátricas francesas que permanecían fieles a la tradición de Esquirol y Georget, algunos de esos cuadros debían ser relacionados con la estupidez y preferían la denominación de "*melancolía atónita*" para su designación.(10)

Si bien Pinel, Esquirol, Georget y Baillarger fueron modificando la nosografía psiquiátrica francesa de acuerdo a sus observaciones, todos ellos describieron un cuadro cuyas características eran seme-

jantes y se caracterizaba, por un lado, por presentar un comienzo brusco y una resolución rápida, y por el otro, un estado de inmovilidad con mutismo o de agitación psicomotriz. Además, es de hacer notar el interés de estos investigadores en apartar dicho cuadro agudo de los que por entonces se los describía como cuadros incurables.

Wilhelm Griesinger (1817-1868) introduce en Alemania los conocimientos de Pinel y la escuela francesa, y publica en 1845, a los 28 años de edad, su exitoso texto de psiquiatría: "Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten". Cuando se refiere en su obra a la melancolía con estupor de Baillarger dice textualmente: "... tiene una gran importancia con relación a la práctica, puesto que con frecuencia se la confunde fácilmente con la demencia, lo cual puede llevar a graves errores con relación al pronóstico y al tratamiento"; "... las declaraciones hechas por los enfermos luego de su curación alcanzan para evidenciar la diferencia..."; "... aparece con frecuencia en mujeres jóvenes, debido a un sacudón moral profundo; algunas veces también la misma sucede a algunos ataques de epilepsia, a la manía o bien alterna con ésta última".(59)

En el año 1874, **Karl Ludwig Kahlbaum** pone en circulación su célebre monografía titulada: "Die Katatonie oder das Spannungsirresein" que traducido significa "*La catatonía o la locura tensa*". En ella

sostiene que el cuadro que describe presenta una estrecha relación con la llamada melancolía atónita e intenta delinear una nueva entidad en la que se presentan síntomas musculares tales como los que acompañan a las manifestaciones psíquicas en la Parálisis General Progresiva, y que tienen una significación fundamental para la configuración del proceso mórbido en su totalidad.(75)

Es aquí donde advertimos la influencia de Antoine Laurent Bayle, quien en su tesis doctoral de 1822, postula que la Parálisis General Progresiva es una entidad autónoma y la adjudica a una aracnoiditis crónica, cuya traducción sintomatológica eran los delirios y las fallas motoras, que podrían aparecer en conjunto o en forma independiente, rebatiendo de esta manera la concepción anterior que indicaba que las fallas motoras eran secundarias al delirio.(9)

De este modo, Kahlbaum propone que los síntomas físicos que acompañan al síndrome catatónico, tales como ataques epileptiformes y estados espasmódicos, no son fenómenos accidentales, sino que constituyen manifestaciones esenciales.(75)

Es decir que, mientras en la Parálisis General Progresiva los síntomas psiquiátricos se acompañan de fenómenos paralíticos (junto a las ideas de grandeza encontramos temblor y disartria), en la creación

de Kahlbaum coexisten estados estrictamente psiquiátricos y manifestaciones espasmódicas.

El nuevo cuadro es entonces, una forma de alienación mental ligada a un aumento del tono muscular.

Cuando Kahlbaum(75) se refiere a la melancolía atónita dice textualmente: "Los signos típicos de la condición denominada melancolía atónita pueden ser descritos como un estado en el cual el paciente permanece enteramente inmóvil, en mutismo, y con una facie rígida, los ojos enfocados a la lejanía; aparentemente desprovisto de toda voluntad para moverse, sin reaccionar a los estímulos; puede estar completamente desarrollada la flexibilidad cérea, como en los estados catalepticos, o solo indicadores, pero precisos, de este sorprendente fenómeno".

Para Kahlbaum, los ataques coreiformes o epileptiformes, los movimientos funcionales espásticos tónicos o clónicos, la flexibilidad cérea cataleptiforme, la rigidez involuntaria de los miembros, la resistencia pasiva a los movimientos y los movimientos extraños repetitivos, son fenómenos que aunque aparentemente no tienen ninguna relación entre ellos, sus combinaciones reconocen una etiología común y solo representan manifestaciones evolutivas de una misma entidad. De este modo desea demostrar que los trastornos musculares, presentes en el

cuadro, son fundamentales y expresa: "Quiero denominar a esta entidad morbosa el TRASTORNO TÓNICO-MENTAL (SPANNUNGS-IRRESEIN), o VESANIA KATATONICA (KATATONIA)".(75)

Cuando Kahlbaum(75) la define, dice: "La catatonía es una entidad cerebral cíclica, de curso alternante, en la cual los síntomas mentales son consecutivamente, melancolía, manía, estupor y eventualmente demencia. Uno o más de estos síntomas pueden estar ausentes en la serie completa del cuadro. Adicionalmente, se observan manifestaciones motoras con características de convulsiones como síntomas típicos".

Al revisar la catatonía de Kahlbaum y su relación con la melancolía con estupor de Baillarger, Goldar(52) señala: "Lo que Kahlbaum desea demostrar, es sobre todo, que el estado de atonitidad no puede reducirse a la melancolía sino que se trata esencialmente de un trastorno de la motilidad... . Quiere, por así decirlo, establecer un límite: hasta aquí, melancolía, pero, desde aquí, alteración motora. Es lo que podríamos llamar límite de Kahlbaum. Un paciente melancólico que se transforma en paciente atónito ha pasado el límite de Kahlbaum".

De este modo, Kahlbaum sostiene que la melancolía atónita no puede ser considerada como una entidad morbosa separada y la coloca dentro de un curso polimorfo. Es decir que la misma representa una

etapa transitoria o una parte de un cuadro complejo de distintas formas de enfermedad.

En efecto, el investigador alemán intenta señalar que el estado atónico surge generalmente después de una melancolía más simple o bien después de una fase melancólica seguida de una exaltación maníaca (de este modo la melancolía atónica sería la tercera fase de un curso). Mas aún, si no llega la recuperación, dicho curso puede rematar en la demencia, de tal manera que en un mismo caso existen cuatro estados diferentes. Asimismo hace hincapié en las disfunciones del sistema locomotor que, conformando patrones continuos, tienen relación directa con otros trastornos cerebrales, refiriéndose particularmente a estados espasmódicos o convulsiones que aparecen durante los primeros estadios de la enfermedad y a movimientos y posturas anormales en los estadios finales. De este modo intenta establecer un nexo entre la catatonía y la epilepsia.

Es de hacer notar que, cuando nace la Clínica Psiquiátrica a fines del siglo XVIII y principios del XIX surge, a partir de las investigaciones de Pinel, el concepto paradigmático de Alienación Mental, como enfermedad única y distinta a todas las otras afecciones que conocía por entonces la medicina, pero que podía tener diversas formas de presentación (manía, melancolía, demencia e idiotismo). Con posterior-

ridad a Pinel, Esquirol y sus discípulos fueron haciendo más compleja la nosografía psiquiátrica a partir de nuevas observaciones, pero sin apartarse del dogma inicial. Es en la segunda mitad del siglo XIX que, con la obra de Bayle, la conceptualización de la locura circular de Falret, la catatonía de Kahlbaum y los aportes de otros autores como Baillarger, Sander y Snell, se inaugura el segundo paradigma de la historia de la Psiquiatría, el de las Enfermedades Mentales.(58)

En la década siguiente a la aparición del opúsculo de Kahlbaum, mas precisamente en el año 1886, se publicó el tratado de **Schüle**, en el cual se señala que *la locura histérica puede tener forma catatónica*.(51)

Este concepto acerca del vínculo entre la catatonía y la histeria, fue apoyado también por algunos investigadores franceses.

Seglas y Chaslin,(54) en 1890, publicaron un artículo titulado "*Katatonía*", en él se puede leer un interesante interrogante: "*...no es en la histeria, principalmente, que se ven convulsiones más o menos definidas, de carácter histeroepiléptico, ataques de catalepsia, letargia, contracciones musculares?*".

Entre 1894 y 1900, **Carl Wernicke** publica en Leipzig su "*Grundriss der Psychiatrie*", donde señala que la melancolía atónita o melancolía con estupor no esta relacionada con la melancolía afectiva

y sugiere reemplazar dicha nominación por el de *"Psicosis de la motilidad"*. En la lección 34 del "Grundriss", Wernicke admite que la psicosis de la motilidad integra la catatonía de Kahlbaum y dice textualmente: *"Kahlbaum debe ser reconocido como el genuino fundador de la docencia sobre la psicosis de la motilidad"*.(153)

Es de tener en cuenta que, el sabio de Breslau, hablaba de psicosis de la motilidad en un sentido semiológico, así es que consideraba la catatonía como una "psicosis de la motilidad de fondo hebefrénico".(116)

Por otra parte, la psiquiatría de Carl Wernicke se fundamenta en la teoría de Griesinger (1817-1868), para quien la etiología de las enfermedades mentales no difieren de las otras enfermedades del cerebro.(15)

Recordemos que Wilhelm Griesinger,(59) fue el introductor de Pinel en Alemania e hizo famosa la categórica afirmación: "... debemos ver siempre, antes que nada en las enfermedades mentales, una enfermedad del cerebro".

Emil Kraepelin, en el año 1905, incorpora el cuadro morboso delineado por Kahlbaum en el gran grupo de la demencia precoz (*"Daementia precox"*). Con respecto a su evolución, sostiene que algunos enfermos sufren un desenlace letal.(79)